



檢查單位：\_\_\_\_\_ 單位電話：\_\_\_\_\_

填表人姓名：\_\_\_\_\_ 身分：醫療人員 老師 社政人員 家長 其他\_\_\_\_\_

家長國籍(稱謂\_\_\_\_\_)本國籍大陸泰國印尼越南柬埔寨緬甸其他：請註明\_\_\_\_\_

家長國籍(稱謂\_\_\_\_\_)本國籍大陸泰國印尼越南柬埔寨緬甸其他：請註明\_\_\_\_\_

## 兒童基本資料

兒童姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 檢核日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身分證字號： 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(早產)

戶籍地址：臺中市\_\_\_\_區\_\_\_\_里\_\_\_\_鄰\_\_\_\_\_ 預產日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

聯絡地址：\_\_\_\_\_ 實足年齡：\_\_\_\_歲\_\_\_\_個月\_\_\_\_天  
(請務必填寫)

電話：(日)\_\_\_\_\_ (夜)\_\_\_\_\_

## 發展遲緩高危險因子

1. <input type="checkbox"/> 早產 (懷孕期未滿36週) <input type="checkbox"/> 出生體重未滿2500公克 <input type="checkbox"/> 以上皆無
2. 先天性異常： <input type="checkbox"/> 染色體異常(如唐氏症、特納氏症等) <input type="checkbox"/> 頭顱顏面異常(如唇顎裂、外耳異常等) <input type="checkbox"/> 先天性新陳代謝異常(如苯酮尿症、甲狀腺功能低下等) <input type="checkbox"/> 水腦 <input type="checkbox"/> 脊柱裂 <input type="checkbox"/> 頭骨提早密合 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 手足缺損畸形 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無
3. 產前、產程或產後問題： <input type="checkbox"/> 孕期前3個月感染德國麻疹 <input type="checkbox"/> 母親妊娠期有不正常出血安胎、糖尿病、妊娠毒血、梅毒、酗酒、抽菸 <input type="checkbox"/> 產程有胎心音下降、吸入胎便、呼吸窘迫、窒息缺氧須急救、住保溫箱_____天 <input type="checkbox"/> Apgar分數過低：5分鐘後<7(或小於等於6)；請參考母子手冊的出生紀錄 <input type="checkbox"/> 出生後有痙攣、無呼吸、反覆嘔吐、低體溫或哺乳不良等 <input type="checkbox"/> 重度黃疸需換血者 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無
4. 腦部疾病或受傷： <input type="checkbox"/> 水腦 <input type="checkbox"/> 出血或缺氧 <input type="checkbox"/> 腦部感染 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 腦瘤 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無
5. 家族史或環境因素： <input type="checkbox"/> 近親有視聽障礙、智能不足、精神疾病 <input type="checkbox"/> 社經不利狀況 <input type="checkbox"/> 孤兒或受虐兒 <input type="checkbox"/> 以上皆無

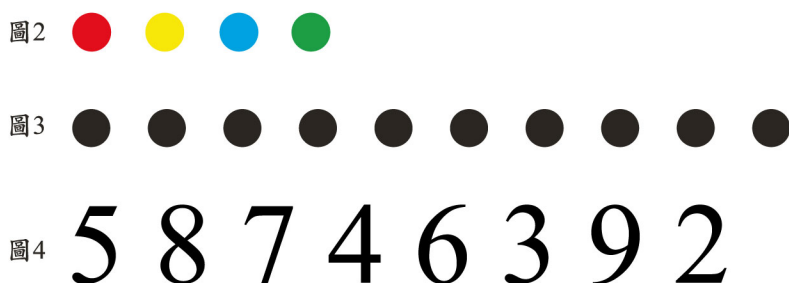
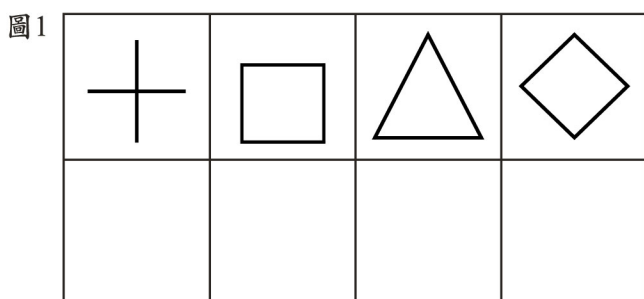
## 發展里程檢核

兒童符合該項目描述的現象圈選「是」，若不符合或沒有該項目描述的現象圈選「否」。註記(實作)的題項表示附有圖形，請實地測試，再紀錄兒童反應。

*1. 能不須扶東西輕易地蹲下玩玩具然後恢復站的姿勢	是	否
2. 能跑(姿勢怪異或常跌倒均不算通過)	是	否
3. 能雙腳離地連續跳躍(雙腳必須能同時離地然後同時著地，若明顯的力量不對稱而造成兩腳高低不一，則不算通過)	是	否
4. 能不須扶牆壁或欄杆走下樓梯，一腳一階	是	否
5. (實作)看圖樣仿畫+□△◇中三個圖形(圖1：需線條不斷裂、無嚴重越線或間隙、角數目正確且轉彎無困難)	是	否
*6. 能夠向別人述說發生在自己身上的事情(如轉告老師交待的事，描述學校發生的事件等)	是	否

背面還有試題，請翻頁評核

7. (實作) 能說出四種顏色的名稱 (圖 2 : 用手依序指著紅、黃、藍、綠的圓圈並問「這是什麼顏色?」)	是	否
8. (實作) 有「七個」的數量概念 (圖 3 : 要求兒童「請你用筆一個一個圈小黑點, 圈到 7 個就停下來, 把筆還給我」。兒童如果圈 6 個或 8 個, 鼓勵兒童再檢查一次, 以第二次表現計分)	是	否
9. (實作) 能唸讀阿拉伯數字 (圖 4 : 用手依序指著 5、8、7、4、6、3、9、2 並問「這是什麼數字?」答對 7 個通過) 紀錄正確個數: _____ / 8	是	否
★10. 口齒不清, 常需要再說一遍或由照顧大人傳譯才能聽懂	是	否
★11. 已能用句子表達, 但說話明顯不流暢, 十句話裡有兩句出現結巴現象, 且持續半年以上	是	否
★12. 常常自言自語, 或像錄音機一樣重覆說自己有興趣的事, 不管別人的反應	是	否
13. 因為下列任一行為問題而在團體中顯得突出: 如 (1) 上課無法維持在座椅上, 走來走去或離開教室; (2) 常常和同學或老師發生爭執對立衝突而被孤立、排斥; (3) 通常自己一個人玩, 不會主動交朋友; (4) 完成工作、參與活動跟不上同學, 常常需要別人特別協助等 (若有, 請圈選題號)	是	否



有任何 2 題答案是圈選在網底欄內, 或有上列表內題號前有★之任何 1 題答案是圈選在網底欄內, 或填寫人認為兒童有其他不尋常的功能或行為表現, 請至本表下面所列之醫療院所做進一步檢查。

請填寫是否領有身心障礙手冊: 是 (身心障礙類別\_\_\_\_\_等級\_\_\_\_\_) 否 申請中

若沒有 2 題以上答案圈選在網底欄內, 且無任何 1 題有★的答案是圈選在網底欄內的, 表示通過此階段的檢測。

日後仍請隨著小孩的發展, 以不同年齡層使用的檢核表持續追蹤發展情形。

親愛的家長:

您好! 養兒育女的過程中, 除了照顧孩子的身體健康外, 相信您也注意到孩子的各項能力也在快速成長。身高、體重的成長我們稱為「生長」, 而各項能力的增進我們稱為「發展」-包括粗大動作、精細動作、語言溝通、認知學習、社會適應、情緒及視覺、聽覺能力...等。這些能力是孩子將來各項能力及人格形成的重要基礎, 尤其是在學齡前(0~6歲)。所以, 若能自嬰幼兒期起及早定期對您的孩子作「發展篩檢」, 將能使您多了解孩子的發展, 若孩子在發展上有問題, 也可早期發現早期治療, 以預防或減輕日後的問題。

當孩童檢核出疑似發展遲緩, 相關人員將通報至衛生福利部社會及家庭署, 本市兒童發展社區資源中心將有專人提供您諮詢服務, 並協助轉介您早期療育相關資源。



本市  
兒童發展評估醫院



衛生福利部社會及家庭署  
發展遲緩兒童通報暨  
個案管理服務網



本市兒童發展  
社區資源中心



衛生福利部社會及家庭署  
早期療育資源